Les Principales Urgences Abdominales

Principales Urgences Abdominales



1- Appendicite aiguë

2- Péritonite aiguë

3- Occlusion intestinale aiguë





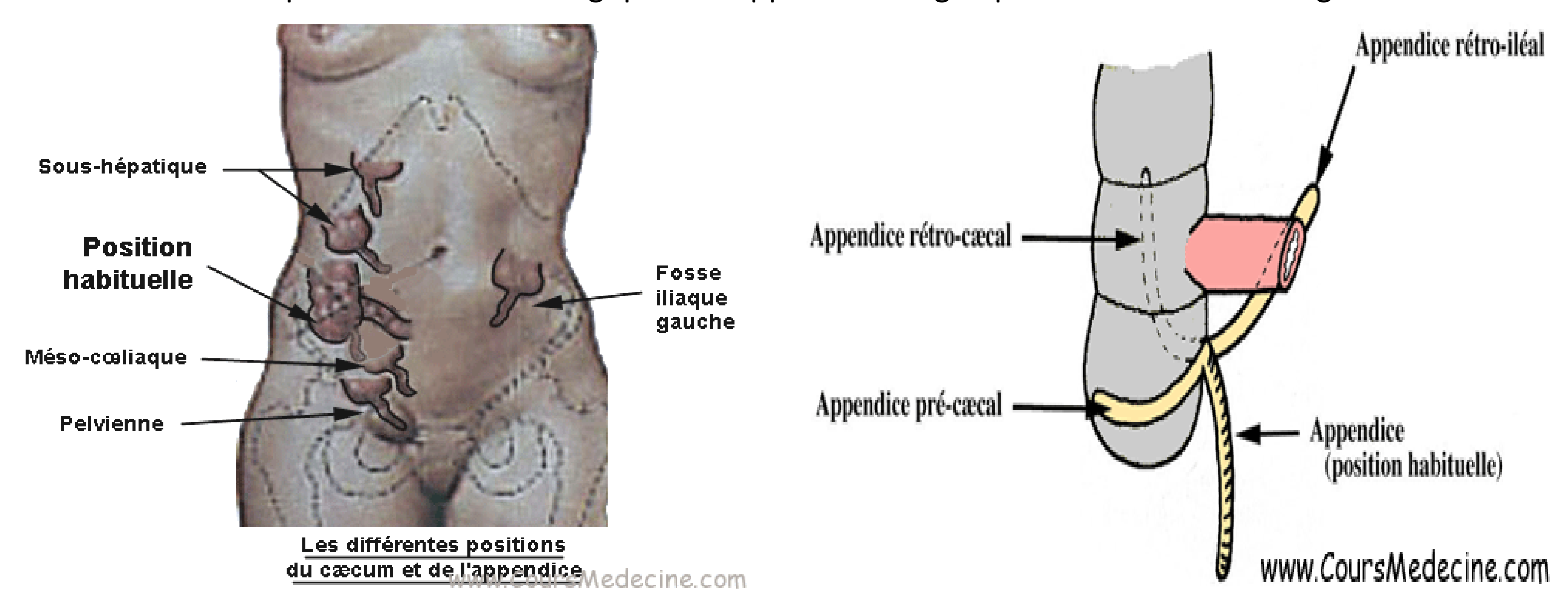
Appendicite aiguë

Définition:

- Inflammation aiguë de l'appendice
- Différents sièges de l'appendice:

1. Iliaque droite+++
2. Rétro-coecale,
3. Pelvienne
4. Sous-hépatique

- Donc la présentation sémiologique de l'appendicite aiguë peut varier selon le siège.



Etude sémiologique

Appendicite iliaque droite



- La plus fréquente
- **Signes fonctionnels:**

1- Douleur abdominale: début brutal, siège fosse iliaque droite, d'intensité variable.

2- Vomissements, parfois état nauséeux.

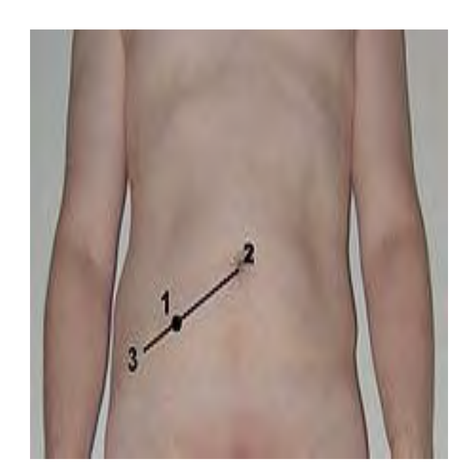
3-Troubles du transit: souvent constipation.

4- Signes généraux: fièvre modérée entre 38-38,5°C, pouls accéléré en rapport avec la température.

Appendicite iliaque droite

- **Signes physiques:Palpation abdominale**: pratiquée avec douceur, en commençant par la fosse iliaque gauche(FIG) et en remontant le long du cadre colique jusqu'à la fosse iliaque droite(FID)→:

1- Douleur provoquée au niveau du point appendiculaire= **point de Mac Burney** situé au milieu de la ligne joignant l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure(EIAS).



- La recherche de la douleur provoquée→2 signes:

Appendicite iliaque droite

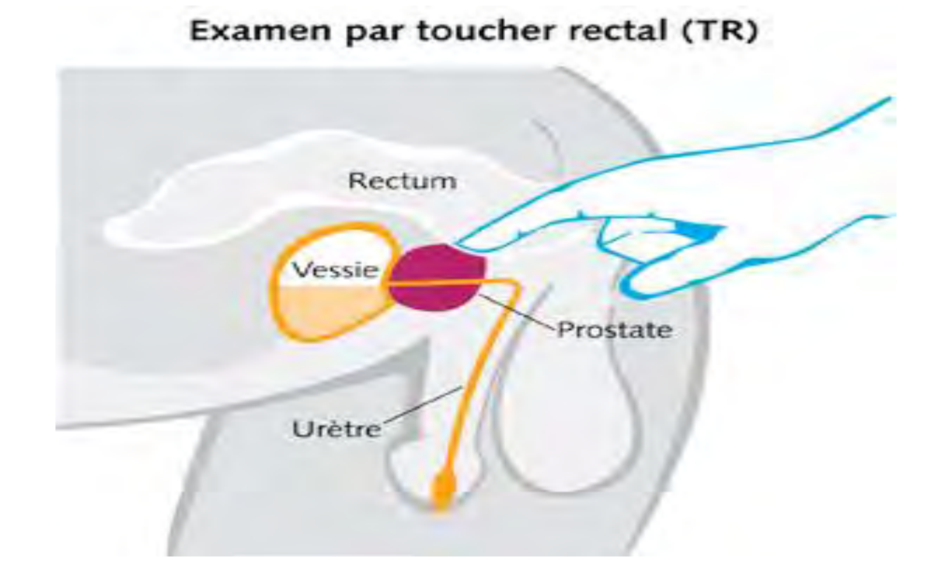
- Le signe de Blumberg: On appuie profondément et en douceur au niveau de la FID, on lâche brusquement la pression en soulevant la main d'un seul coup→ douleur vive à la décompression au niveau du **point appendiculaire**.
- Le signe de Rovsing: on déprime profondément la FIG→douleur au point appendiculaire.

2- Une défense pariétale localisée à la FID.

3- Une hyperesthésie cutanée.

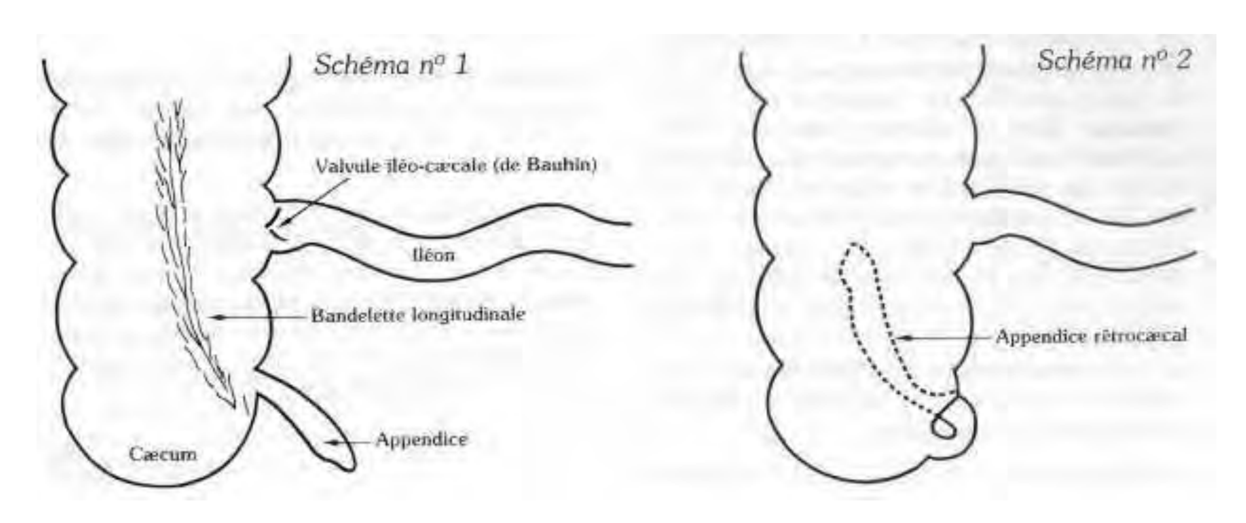
Appendicite iliaque droite

- **Toucher rectal(TR) ou vaginal(TV):** douleur provoquée au niveau du cul-de-sac(CDS) de Douglas.



Appendicite rétro-coecale

- L’appendice est situé derrière le coecum,
- Douleur provoquée avec un maximum postérieur.
- Palper bimanuel lombaire et iliaque: la main lombaire déclenche la douleur au dessus du versant postérieur de la crête iliaque.



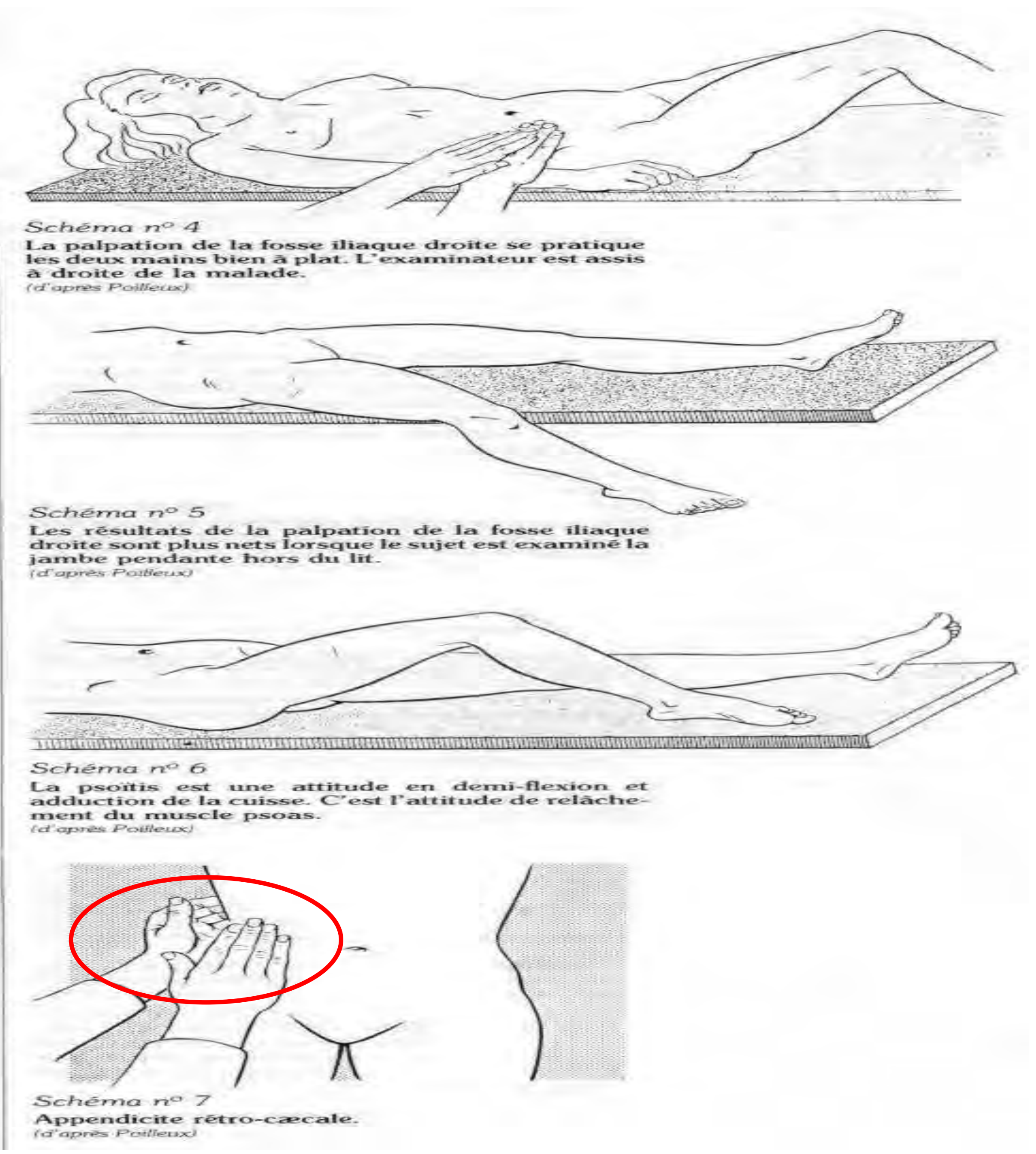


Schéma n° 4
La palpation de la fosse iliaque droite se pratique les deux mains bien à plat. L'examinateur est assis à droite de la malade.
(d'après Poilleux)

Schéma n° 5
Les résultats de la palpation de la fosse iliaque droite sont plus nets lorsque le sujet est examiné la jambe pendante hors du lit.
(d'après Poilleux)

Schéma n° 6
La psoïtis est une attitude en demi-flexion et adduction de la cuisse. C'est l'attitude de relâchement du muscle psoas.
(d'après Poilleux)

Schéma n° 7
Appendicite rétro-cæcale.
(d'après Poilleux)

Appendicite pelvienne

- Douleur,
- Fièvre
- SF urinaires: dysurie et pollakiurie.
- Le TR ou TV est seul capable de provoquer une douleur au niveau du CDS de Douglas.

Appendicite sous-hépatique

- Signes cliniques maximum au niveau de l’hypochondre droit simulant une cholécystite aiguë.

Appendicite aiguë

- **Examens complémentaires**:
- L'hémogramme: hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile
- ASP: normal.
- Echographie abdominale: inflammation de l'appendice.

- **Traitement: chirurgie en urgence**
- **Evolution:** favorable après chirurgie

en l'absence de traitement chirurgical précoce: complication dont la plus grave est la perforation responsable de la **péritonite aiguë**.

Péritonite aiguë généralisée



- **Définition:** infection aiguë étendue à toute la séreuse péritonéale.
- **Mécanismes:**

→ Soit perforation **traumatique** d'un organe sain,

→ Soit perforation d'un organe creux qui est le siège d'un **processus pathologique**: perforation d'un appendice siège d'une inflammation;

perforation d'un ulcère duodénal ou gastrique: le liquide gastrique aseptique fait irruption dans la cavité péritonéale responsable de la douleur brutale, secondairement au bout de 5 à 6h apparition d'une **infection** par **pullulation des germes** responsables de péritonite.

→ Plus rarement: infection péritonéale primitive: péritonite à pneumocoque qui se voit chez l'enfant et dont le traitement est médical.

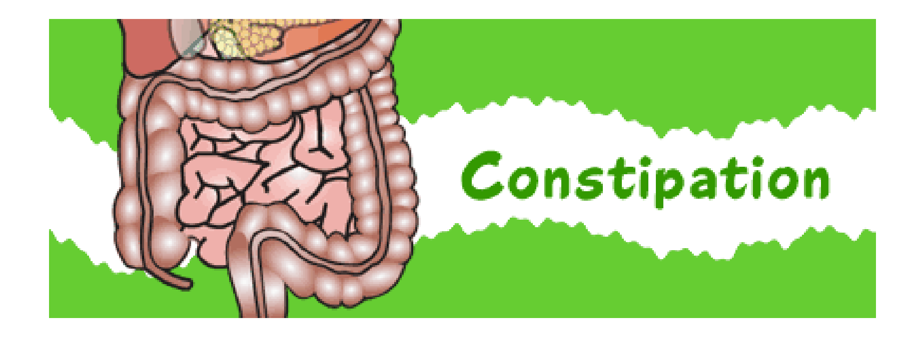
Etude sémiologique

- <u>**Signes fonctionnels:**</u>

1- Douleur abdominale: constante, permanente, augmentée par les mouvements, la toux, l'éternuement, l'effort de défécation et la palpation: toutes les manœuvres qui augmentent la pression intra-péritonéale. Cette douleur est d'abord localisée, le siège initial est important car il peut permettre de reconnaitre la cause, puis la douleur est secondairement généralisée à tout l'abdomen.

2- Troubles du transit: constipation, parfois arrêt des matières et des gaz en rapport avec un iléus **réflexe(occlusion intestinale fonctionnelle).**





Etude sémiologique

- **Signes généraux:**

1- La fièvre dont l'heure d'apparition varie avec la cause, le pouls est accéléré.

- **Signes physiques:**

1- Inspection: abolition de la respiration abdominale, parfois rétraction de l'abdomen.

2- Palpation: met en évidence un signe majeur:

la contracture abdominale qui possède les caractères suivants: douloureuse s'accompagne d'hyperesthésie cutanée, elle est localisée au début puis généralisée, invincible, permanente et irréductible, réalisant le classique « ventre de bois ». Les signes accompagnateurs: abolition des réflexes cutanés abdominaux, douleur vive déclenchée au niveau du CDS de Douglas par le toucher rectal= « cri du Douglas ».

- Parfois la contracture abdominale peut manquer et être remplacée par une défense pariétale.



Etude sémiologique

1- Péritonite appendiculaire:

- SF: douleur abdominale à début progressif, siège initial= FID.
- SG: sont marqués, fièvre rapidement élevée à 39,5-40°C, pouls accéléré en rapport.
- SP: la contracture abdominale est maximale au niveau de la FID.
- Examens complémentaires: hémogramme= Hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile, **ASP en règle normal.**

Etude sémiologique

2- Péritonite par perforation d’ulcère:

- Rechercher des antécédents de douleur ulcéreuse qui peuvent manquer.
- SF:

- Douleur abdominale à début brutal, déchirante en coup de poignard, survenant en pleine santé apparente, de siège épigastrique, puis diffuse à droite et en bas. Préciser l’heure d’apparition de la douleur.
- Vomissements: retardés et inconstants

Etude sémiologique

- SG:

- La température est normale les premières heures, le pouls est parfois accéléré.

- SP: 2 signes fondamentaux:

- La contracture abdominale épigastrique ou diffuse à prédominance épigastrique
- La disparition de la matité pré-hépatique mise en évidence par la percussion pratiquée sur le sujet en position demi-assise; elle traduit l'existence d'un pneumopéritoine.

- Examens complémentaires: hémogramme normal les 1ères heures; l'ASP montre le pneumopéritoine qui apparait comme un croissant gazeux inter hépato-diaphragmatique.



Occlusion intestinale aiguë

- **Définition:** l'occlusion intestinale aiguë(OIA) est une obstruction mécanique ou fonctionnelle de l'intestin siégeant au niveau du côlon ou du grêle, s'accompagnant d'une gêne au transit intestinal.
- L'OIA **mécanique** est toujours une urgence chirurgicale
- OIA **fonctionnelle**.

Occlusion intestinale aiguë

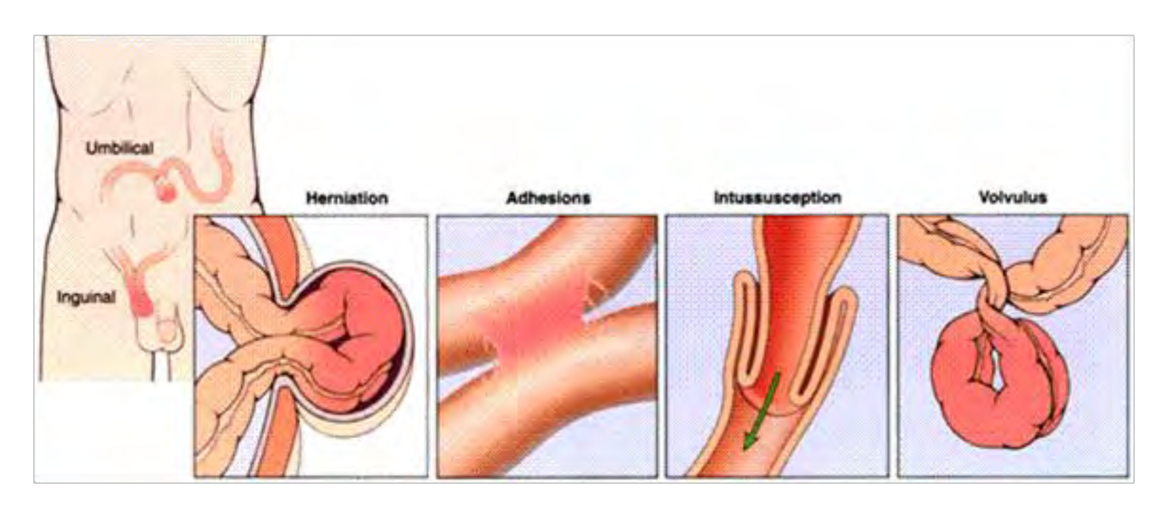
- **Mécanismes:**

1- OIA mécanique: peut se produire selon 2 mécanismes: strangulation et obstruction.

1-1 Occlusion par strangulation: obstacle qui entraîne une strangulation due à:

- **Un étranglement herniaire**: qui est la cause la plus fréquente des occlusions par strangulation, la hernie contient de l'épiploon et de l'intestin.
- Un volvulus: qui est une torsion de l'intestin sur lui-même
- Une bride: cicatrice fibreuse secondaire à une intervention chirurgicale.

1-2 occlusion par obstruction de la lumière intestinale: la cause la plus fréquente est une tumeur intestinale



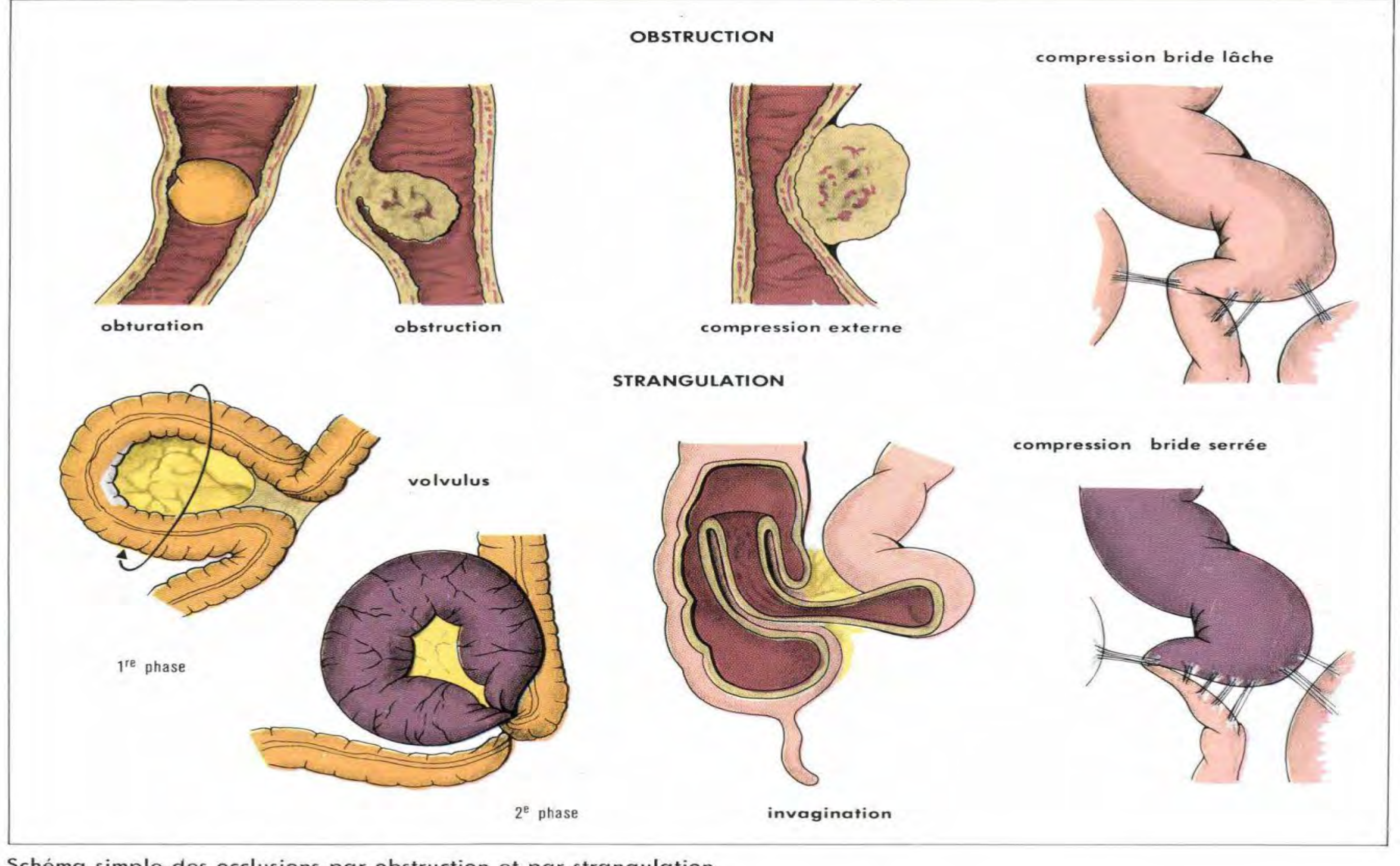


Schéma simple des occlusions par obstruction et par strangulation.

Occlusion intestinale aiguë

2- OIA fonctionnelle: peut survenir:

- Au cours d'une péritonite aiguë, l'occlusion est alors réflexe.
- En cas de déséquilibre hydro-électrolytique s'accompagnant d'hypokaliémie.

Etude sémiologique

I - Occlusion intestinale mécanique:

- Reconnaitre l'occlusion sur des caractères communs réalisant le syndrome occlusif:
- SF: **triade fonctionnelle** caractéristique:

1- Douleur abdominale: mode de début variable ainsi que l'intensité, à type de coliques intermittentes évoluant par paroxysmes témoins de la lutte de l'intestin contre l'obstacle, entre les paroxysmes persiste un fond douloureux permanent;

2- Vomissements: plus ou moins précoces d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes dans les formes négligées.

3- **L'arrêt des matières et des gaz**: est le signe fondamental, **l'arrêt des gaz est constant**, il précède l'arrêt des matières de quelques heures.







Etude sémiologique



- SP: l'examen met en évidence le **météorisme abdominal** qui est visible, palpable et percutable.
- **Inspection:** distension abdominale généralisée ou localisée; parfois il existe des mouvements péristaltiques visibles sous la peau qui peuvent être déclenchés par une chiquenaude, enfin elle recherche une cicatrice d'intervention chirurgicale.
- **Palpation:** objective une sensation de résistance élastique, elle contrôle l'absence de contracture abdominale, elle peut noter une sensation de durcissement intermittent qui est en rapport avec les ondulations péristaltiques, enfin elle permet de vérifier les orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.
- **Percussion:** met en évidence un tympanisme généralisée ou localisé.
- **Auscultation:** retrouve soit un **silence abdominal** soit au contraire des bruits hydroaériques et des gargouillements spontanés ou provoqués.
- **Touchers pelviens:** TR et TV sont en règle normaux.

Etude sémiologique

- **Examens complémentaires**:
- L'ASP montre un signe fondamental= les niveaux hydro-aériques.
- La TDM abdominale

- **1. Le siège de l'occlusion** sera reconnu sur des signes particuliers, occlusion du grêle ou occlusion du côlon.

1- Occlusion mécanique du grêle: début brutal:

- SF: douleurs abdominales à début brutal, très intenses, vomissements intenses et précoces; arrêt des matières et des gaz tardif; altération de l'état général importante, tableau de déshydratation d'installation rapide qui peut aboutir à au collapsus par hypovolémie.
- SP: le météorisme abdominal est localisé, central dans la région péri-ombilicale, il est discret.

- Signes radiologiques: **ASP** niveaux hydro-aériques nombreux, de petite dimension, réalisant des images étagées « en tuyau d'orgue », absence de distension colique.



2- Occlusion mécanique du côlon: début progressif

- SF: douleurs abdominales à début progressif, d'intensité peu marquée; vomissements tardifs, arrêt des matières et des gaz précoce; l'état général est longtemps conservé.
- SP: le météorisme abdominal est très important, soit périphérique en cadre soit asymétrique, puis il devient diffus et généralisé.
- Signes radiologiques: l'ASP montre une distension gazeuse du cadre colique et des images hydro-aériques peu nombreuses





Etude sémiologique

- **2. La cause de l'occlusion:** on peut opposer l'occlusion par strangulation qui réalise un tableau à début brutal et d'une grande gravité à l'occlusion par obstruction qui au contraire réalise un tableau à début progressif et moins alarmant; mais en fait le diagnostic précis est apporté par la **laparotomie exploratrice** qui est de toutes façons le geste indispensable dès que le diagnostic d'OIA est porté.

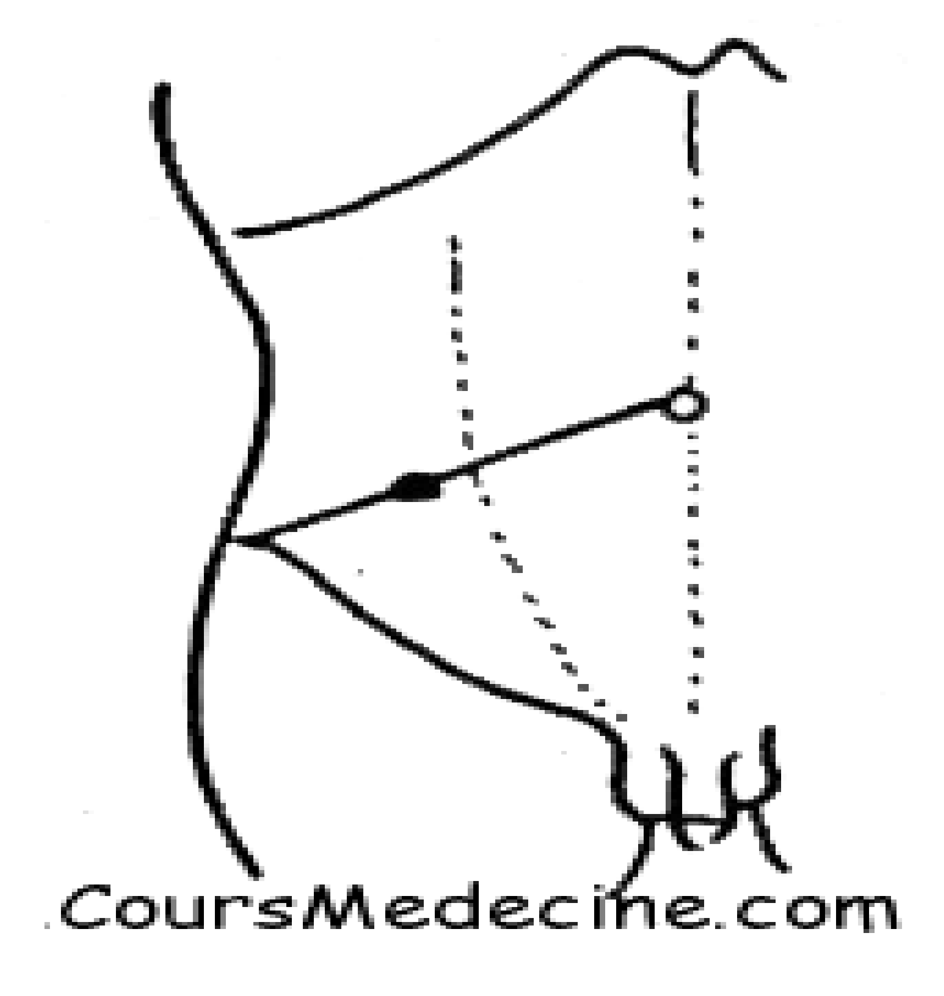
Etude sémiologique

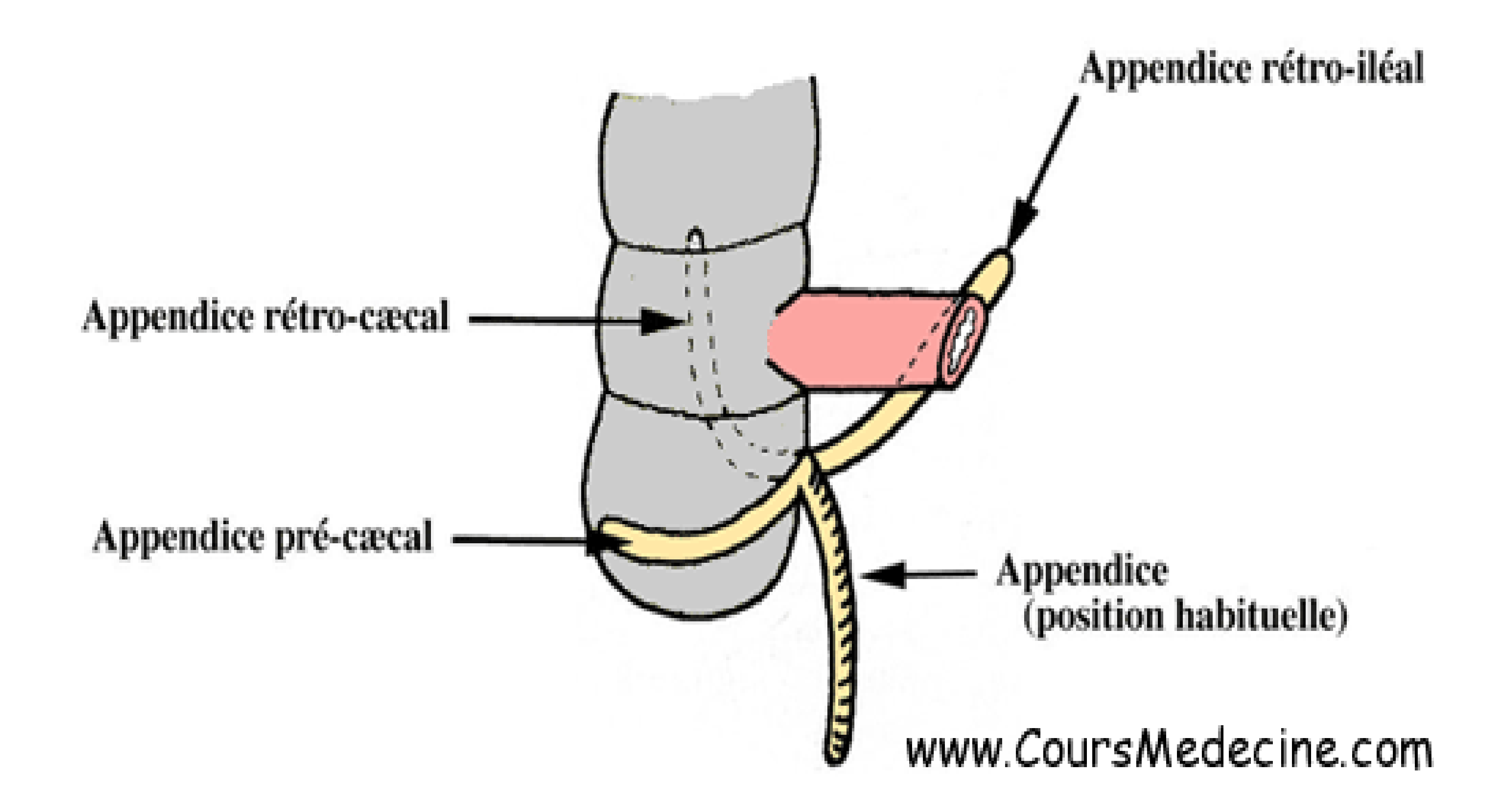
II- Occlusion intestinale fonctionnelle: ou iléus paralytique du à une paralysie de l'intestin; elle est reconnue sur:

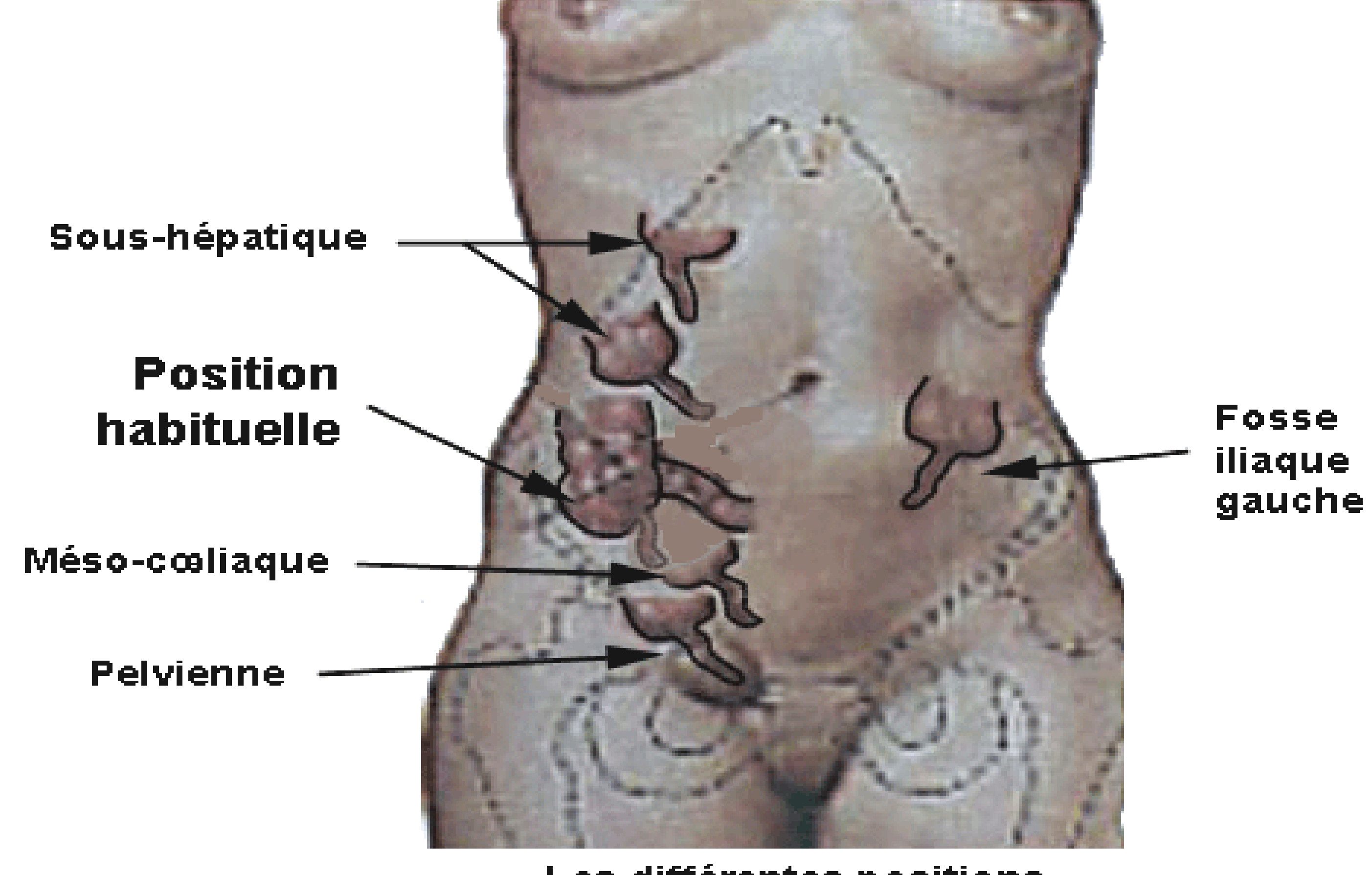
- SF: arrêt des matières, **sans arrêt absolu des gaz**, la douleur est peu importante, voire absente.
- SP: météorisme abdominal diffus, immobile, sans ondulations péristaltiques.
- Signes radiologiques: l'ASP montre une distension intestinale globale intéressant également le cadre colique sans niveaux hydro-aériques.



Je vous remercie


.CoursMedecine.com


Appendice rétro-iléal
Appendice rétro-cæcal
Appendice pré-cæcal
Appendice
(position habituelle)
www.CoursMedecine.com



Les différentes positions du cæcum et de l'appendice